

Offener Mund durch Adenoide ? Nein !

Kinder mit schwächer Kiefermuskulatur frühzeitig zum Facharzt schicken

ROSTOCK – „Mach doch den Mund zu!“ Nicht wenige Kinder kennen diese Aufforderung aus dem Effeff. Warum aber steht ihr Mund ständig offen? Liegt die Ursache in vergrößerten Rachenmandeln oder doch in einer Haltungsschwäche?

Häufige Atemwegsinfekte, offene Mundhaltung, nächtliches Schnarchen: Augenscheinlich passen die Befunde gut zu den vergrößerten Rachenmandeln des Kindergartenkindes. Eine Adenotomie soll daher Abhilfe schaffen. Das tut sie aber nicht immer, wie Professor Dr. Rosemarie Grabowski und Privatdozentin Dr. Franka Stahl von der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Rostock in einer Studie herausfanden.

Offen stehender Mund auch nach der Op.

Die Kolleginnen untersuchten 51 Kinder zwischen drei und sechs Jahren einen Tag vor und zwei Monate nach einer Adenotomie. Zum Zeitpunkt der zweiten Untersuchung wiesen 35 Kinder – also zwei Drittel der Probanden – immer noch eine ausgeprägte Haltungsschwäche mit offener Mundhaltung auf. Bei ihnen hatte die Operation das Problem also nicht gelöst. Zudem vielen viele der kleinen Patienten auch nach dem Eingriff noch durch nächtliches Schnarchen auf und bei 20 % war schon nach kurzer Zeit eine zweite Adenotomie notwendig.

Aber nicht nur das: In vielen Fällen diagnostizierten die Kollegen eine massive Beeinträchtigung der Gebissentwicklung. Bei 33 Kindern stellten sie Abweichungen der regelrechten Oberkieferdimensionen im Milchgebiss fest und häufig fanden sie Okklusionsanomalien, die als Hemmung des Oberkieferwachstums gewertet werden mussten. Gegenüber gleichaltrigen Rostocker Kindern war die Häufigkeit dieser Anomalien um ein Mehrfaches erhöht.

Statische Fehlfunktion stört Gebissentwicklung

Was ist die Ursache der offenen Mundhaltung? „Grundsätzlich besteht eine Schwäche der Kieferschließen, allen voran des M. pterygoideus lateralis,“ so Prof. Grabowski gegenüber Medical Tribune. Besteht die offene Mundhaltung über lange Zeit fort, schließen die Lippen nicht mehr richtig. Die Oberlippe bleibt zu kurz, der M. mentalis muss bei bewusstem Mundschluss die Defizite der Oberlippe ausgleichen. Er ist sichtbar angespannt und fühlt sich hart an. Anlagebedingte Ursachen wie schmale Kopfform und zarte Muskulatur unterstützen die Entwicklung solcher Haltungsschwächen, erklärte die Kollegin. Diese statische Fehlfunktion persistiert natürlich auch nach einer Adenotomie und sie belastet nicht nur die weitere Gebissentwicklung, sondern kann auch Rezidive der adenoiden Wucherungen nach sich ziehen. Denn der ständig geöffnete Mund begünstigt Atemwegsinfekte, auf die der Körper mit Abwehrmechanismen reagiert: Das adenoide Gewebe hypertrophiert.



Dieser dreieinhalbjährige Junge hatte den ganzen Tag über den Mund offen und nachts schnarchte er. Da seine Rachenmandeln vergrößert waren, wurde er adenotomiert. Dies änderte jedoch wenig

Haltungsschwäche frühzeitig angehen

Aufgrund ihrer Untersuchungen ziehen die Expertinnen den Schluss, dass die offene Mundhaltung als Haltungsschwäche offensichtlich bei zwei Dritteln der Kinder für die Entwicklung von Adenoiden mitverantwortlich ist. Die vergrößerte Rachenmandel und offene Mundhaltung sind somit nicht ausschließlich als HNO-Problem anzusehen, betonen die Rostocker Kollegen. Sie fordern, schon bei häufigen Infekten der oberen Luftwege an präventive kieferorthopädische Maßnahmen oder an eine kieferorthopädische Frühbehandlung zu denken, um die Haltungsschwäche bei den Kindern zu überwinden.



Nach der Operation ist das Schnarchen zwar deutlich gemindert, der Mund steht aber weiterhin offen. Die Zunge liegt kaudal und interdental, die Unterlippe ist feucht. Speicheltropfen am Kinn weisen zudem auf permanenten Speichelfluss hin. Die Ärzte finden bei dem Jungen erste Auffälligkeiten bei der Gebissentwicklung.